Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik Breslau.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küstner.)

Die Kombination der Laparotomie mit dem Alexander-Adams und deren Dauerresultate.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

vorgelegt von

Max Kruszynski,
approb. Arzt.

Breslau 1913.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küstner.

Daß die Alexander-Adamssche Operation eine sehr brauchbare ist, und bei sorgsamer Auswahl der Fälle ausgezeichnete Resultate liefert, zeigen die Nachuntersuchungen der nach der Alexander-Adamsschen Methode in der Breslauer Universitäts-Frauenklinik operierten Frauen.

Besonders gut sind die Resultate, seit man vom Jahre 1901 ab nach der Modifikation von Edebohls und Goldspohn operiert. Eine Nachuntersuchung von 124 nach dieser Methode operierten Fällen (Pretschker, Hoensch) ergab nur ein einziges Rezidiv, während unter den vor 1901 nicht nach Edebohls und Goldspohn operierten und von Hirth, Cohn und Pretschker nachuntersuchten 114 Fällen noch 16 Rezidive zu verzeichnen waren.

Küstner macht den einfachen Alexander-Adams nur bei vollkommen freier Beweglichkeit des Uterus, und seiner Adnexe. Seine jetzige Operationsmethode ist folgende: „Reposition des Uterus, Einlegen eines gut passenden Pessars. Dann wird links begonnen und ein 6—8 cm langer Schnitt in der Richtung des Ligamentum Pouparti, oder eine Spur darüber, vom Tuberculum pubis beginnend, gemacht. Liegt die Fascia superficialis völlig frei, so erkennt man an dem herausquellenden Fettträubchen den äußeren Leistenring; von ihm aus spaltet ein Scherenschlag den Leistenkanal. Dann fasse ich den Inhalt desselben mit einer Koeberleschen Klemmpinzette und isoliere das Ligamentum rotundum, welches von den Gebilden des Leistenkanals am tiefsten, gewöhnlich unter einem Bündel des Obliquus externus liegt, von dem Nervus ileoinguinalis, dem Fett und den muskulösen und sehnigen Fasern des genannten Muskels (Analogon des Cremasters), welche reichlich an dasselbe

herantreten, seine passive Beweglichkeit hindern und gelegentlich zu Zerreißungen des Bandes oder Verwechslungen Veranlassung geben.

Ist das etwa $^1/_3$ cm breite Muskelband isoliert, dann ziehe ich es, mit den Fingern umfassend, hervor, bis der Processus vaginalis peritonei bequem sichtbar wird. Dieser wird eröffnet und vom Peritonealkegel abgetrennt. Dadurch wird der intraperitoneale Teil des Ligaments sichtbar, und dieses kann jetzt noch beträchtlich weiter hervorgezogen werden als ohne dies möglich war. Das ad maximum vorgezogene Band wird dann mit Faszie und Weichteilen bis an den äußeren Winkel der Hautwunde vernäht. Der übrige, d. h. nicht durch Suturen fixierte Teil des Ligamentum rotundum wird amputiert. Dann folgen ein paar Unterbindungen und Schluß der Wunde durch Etagennähte.

Fürchte ich, daß tote Räume geblieben sind, so lege ich eine Kompressionsnaht, d. h. ich nähe über die Nahtlinie noch zwei ihr parallelgehende Hautfalten zusammen. Diese Naht macht jede Drainage überflüssig und garantiert die prima intentio in der Tiefe fast absolut. Diese Kompressionsnaht ist mir in den letzten Jahren entbehrlich erschienen.

Verband, 8—10 Tage Bettruhe, Entlassung früher meist nach 20, jetzt oft schon nach 14 Tagen. Entfernung des Pessars nach 4 Wochen."

Seit 1910 berücksichtigt Küstner beim Anlegen des Hautschnittes die anatomischen Verhältnisse und macht jetzt dem Verlauf der Vasa epigastrica superficiala und pudenda externa entsprechend den Schnitt in steiler Richtung. Es wird hierdurch die Läsion dieser Gefäße vermieden, die bei der üblichen schrägen Schnittführung stets verletzt werden.

Vorbedingung für einen guten Erfolg der Alexander-Adamsschen Operation ist, wie bereits oben gesagt, stets eine absolute Beweglichkeit und Adhäsionsfreiheit des Uterus und seiner Adnexe.

Diese läßt sich schon sehr häufig durch die bimanuelle Untersuchung sicher feststellen.

Als völlig frei und nicht adhärent kann man wohl auch fast ohne weiteres alle virginellen Retroversionen-Flexionen ansehen, obwohl hier auch Ausnahmen vorkommen.

Ferner gewinnt man auch, wie Küstner hervorhebt, einen sicheren Anhalt für die freie Beweglichkeit des Uterus aus dem Umstand, daß nach Aufrichtung des Uterus und Einlegen eines der üblichen Pessare, sämtliche örtlichen und allgemeinen Symptome von seiten der Retroversio-flexio verschwunden sind, und der Uterus dauernd durch das Pessar in der Normalstellung erhalten wird, ohne daß dieses von der Patientin irgendwie lästig empfunden wird. Gerade derartige Fälle sind ganz besonders für die Alexander-Adamssche Operation geeignet, falls nach jahrelangem Tragen des Pessars bei einem Versuche, dies wegzulassen, sich die alte Retroflexionsstellung und damit die alten Beschwerden wieder einstellen.

Wie die Alexander-Adamssche Operation bei vollkommen frei beweglichem Uterus so gute Resultate liefert und daher sicherlich als eine der besten Profixationsmethoden anzusehen ist, die auch zweifellos die natürlichsten Verhältnisse wiederherstellt, dem Uterus seine physiologische Lage wiedergibt und seine Beweglichkeit beläßt, da er durch diese Operation annähernd in die normale Anteflexionsstellung gebracht wird, ohne daß irgendeine Stelle des Uterus mit der Umgebung pathologische Verbindungen eingeht, so ist diese Operation jedoch nicht ohne weiteres anwendbar bei fixiertem Uterus und korrekturbedürftigen Adnexen.

Auch bei vorhandenem Zweifel, ob nicht doch Adhäsionen bestehen, wenn zwar der Uterus gut reponierbar ist, die Ovarien aber nicht mitzugehen scheinen, oder wenn die Anamnese auf fieberhaftes Wochenbett oder fieberhaftes Abortwochenbett schließen läßt oder der Verdacht einer Gc. ascendens nicht sicher auszuschließen ist, so macht man nicht die einfache Profixur des retroflektierten Uterus nach Alexander-Adams, sondern hier muß man sich vorher Gewißheit verschaffen, man muß vorher noch andere Eingriffe

zu Hilfe nehmen, um die Alexander-Adamssche Operation ausführen zu können.

Hierfür sind nun verschiedene Operationsmethoden angegeben worden, so die Methode nach Goldspohn, den Processus vaginalis zu eröffnen und von hier aus die Adhäsionen zu lösen, ebenso das Verfahren nach Boisleux, der das hintere Scheidengewölbe eröffnet, ferner auch Trennung der Adhäsionen nach ausgiebiger hinterer Kolpotomie.

Diese Verfahren haben jedoch alle den Nachteil, daß man das Operationsgebiet nicht übersehen kann, vielmehr im Dunklen arbeiten muß, und vor allem auch häufig nicht genügend an die Adhäsionen herankommen können wird, um sie ausreichend trennen zu können. Weiterhin sind die Verwachsungen oft so fest und umfangreich, daß es bei deren Lösung zu starken, und wegen Unzugänglichkeit schwer stillbaren Blutungen kommen kann, die unangenehme Komplikationen der Operation bedeuten. Auch ernste Verletzungen sind dabei möglich, so erlebte z. B. Bumm bei Lösung der Adhäsionen eine Ruptur einer Dünndarmschlinge mit folgender Peritonitis und Exitus letalis, und Koßmann verlor eine Patientin durch tödliche Blutung.

Kann man die Adhäsionen nicht stumpf nach Thure-Brandt oder Schultze lösen, so ist es sicherlich das gegebenste, dies unter Kontrolle der Augen zu tun, d. h. das Abdomen durch Laparotomie zu eröffnen. Von dieser Öffnung aus, die nur einige Zentimeter lang zu sein braucht, kann man absolut übersichtlich und sicher operieren, mit Leichtigkeit stumpf und mit dem Paquelin die vorhandenen Adhäsionen lösen, oder auch Adnexkorrekturen vornehmen. Ist dies geschehen, so hat erst die Profixur des Uterus zu folgen.

Hierbei erhebt sich wiederum die Frage, welches die beste Methode hierfür ist.

Das Nächstliegende wäre, nach Eröffnung des Abdomens und Lösung der Adhäsionen bezw. Korrektur der Adnexe die Ventrifixur anzuschließen.

Zweifellos liefert auch eine breite Ventrifixur gute Resultate und erhält den Uterus in dauernder Rechtstellung, so daß gegen sie nichts einzuwenden ist, bei Frauen, bei denen man mit dem Eintritt einer Gravidität nicht mehr zu rechnen hat, sei es infolge des Alters der Patientin oder der Art der durchgemachten Adnexoperation.

Ist jedoch eine etwaige Schwangerschaft mit Sicherheit nicht auszuschließen, so macht man eine breite Ventrifixur besser nicht, da häufig nach ihr erhebliche Störungen in der Gravidität beobachtet werden können.

Bei einer weniger breiten Ventrifixation kann man nicht mit Bestimmtheit auf eine dauernde Rechtstellung rechnen, und auch hier sind Störungen in der Schwangerschaft immerhin nicht auszuschließen.

In Betracht kommen hier ferner die zahlreichen Methoden der intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda.

Doléris und Bardescu führen eine Verkürzung der Ligamenta rotunda dadurch herbei, daß sie die intraabdominalen Teile derselben in Schleifen an der Faszie resp. in Knopflöchern der Faszie festnähen. Hierbei besteht derselbe Nachteil wie bei der Ventrifixur, daß nämlich durch die Operation Bruchpforten im Abdomen geschaffen werden im Gegensatz zu der extraperitonealen Ligamentverkürzung. Und diesen Nachteil darf man nicht zu gering einschätzen, wenn man es auch erfahrungsgemäß selten erlebt, daß sich Darmschlingen in diesen Pforten einklemmen.

Auch die Verfahren, die eine Verkürzung der runden Mutterbänder durch Aufnähen auf die vordere Uteruswand zu erreichen suchen, dürften keine genügende Sicherheit für eine dauernde Rechtstellung bieten, da diese Fixationen sich leicht dehnen können.

Diese Nachteile werden insgesamt vermieden, wenn man an die Laparotomie die Alexander-Adamssche Operation anschließt.

Zur rechten Würdigung des Alexander-Adams gegenüber den intraperitonealen Verkürzungsmethoden der Ligamenta rotunda muß man sich vor Augen halten, daß bei

dem Alexander-Adams das runde Mutterband nach Resektion seines schwächsten Teiles an seinem kräftigsten durch eine sorgfältige Naht fixiert wird, während dies für die Dauerresultate so wichtige Moment bei der intraperitonealen Faltenbildung nicht nur fortfällt, sondern es wird sogar noch infolge der auf den stärksten Teil sich erstreckenden Bandverkürzung an dem dünnen, aufgefaserten, in seiner Befestigung gelockerten, peripheren Bandteil ein ständiger Zug ausgeübt, so daß dasselbe immer noch nach dem Bauchraum zu ausgezogen werden kann. Als Folge davon hat man dann wieder mit der Möglichkeit einer Falschstellung des Uterus zu rechnen.

Daher erscheint doch die Alexander-Adamssche Operation, angeschlossen an die Laparotomie, als die rationellste; werden doch durch sie die natürlichsten Verhältnisse geschaffen, zumal man noch von der Laparotomiewunde aus die Wirkung des Alexander-Adams kontrollieren kann.

Die Nachteile dieser Methode, nämlich daß man hier zu dem einen Schnitt noch zwei andere hinzufügt, die Operationsdauer verlängert und die Operation komplizierter gestaltet, werden sicherlich durch die Vorteile des Verfahrens aufgewogen, zumal die Verlängerung der Operationsdauer und die Komplikation nicht erheblich sind. Zudem kann man die Operation dadurch vereinfachen, daß man den Alexander-Adams nur einseitig macht, was erfahrungsgemäß, wie z. B. Küstner an einer größeren Reihe derartig operierter Fälle gesehen hat, durchaus gute Resultate gibt; die Stellung des Uterus war eine normale und durchaus zufriedenstellende.

Eine wesentliche Vereinfachung der Operation liefert ferner der von Rumpf und Palm zuerst gemachte Vorschlag, die Hautschnitte zu dem Alexander-Adams mit dem von Küstner angegebenen Laparotomieschnitt, dem suprasymphysären Kreuzschnitt, zu verbinden.

Man leitet durch einen Hautschnitt, der quer oberhalb der Symphyse von Leistenkanal zu Leistenkanal geht, so-

wohl den Alexander-Adams als auch nach Zurückpräparieren eines Hautlappens nach oben die Eröffnung der Bauchhöhle ein.

Nach diesem Verfahren haben schon Rumpf und Palm in 7 Fällen sehr gute Resultate erzielt, worunter 2 Frauen nachträglich geboren haben, ohne daß irgendwelche Beschwerden oder Komplikationen aufgetreten sind. Auch nach jahrelanger Beobachtung blieben die Resultate durchaus gut.

Von Küstner ist in dieser Weise ebenfalls eine größere Anzahl von Frauen operiert worden und zwar mit dem besten Erfolge, wie weiter unten gezeigt werden soll.

Der Gang der Operation ist folgender: „Es wird ein Bogenschnitt durch die Haut von etwa 14—16 cm Länge geführt, der etwa 1½ cm oberhalb des Poupartschen Bandes diesem parallel verläuft, von einem äußeren Leistenring zum anderen. Nach Küstner wird nun durch Abheben des oberen Wundrandes ein nach oben konvexer Lappen abpräpariert, der aus Haut, Fett- und Zellgewebe besteht, die Faszie freilegt und nach oben bis etwas unterhalb der Mitte zwischen Symphyse und Nabel heraufgeht. Darauf wird durch einen nur kleinen Längsschnitt in der Linea alba die Bauchhöhle eröffnet und Uterus und Adnexe dem beabsichtigten Eingriff zugänglich gemacht. Nachdem etwaige Adnexoperationen resp. Lösungen von Verwachsungen ausgeführt sind, wird die Alexander-Adamssche Operation angeschlossen: Nach Spaltung der Aponeurosen des Musculus obliquus externus werden die Ligamenta rotunda isoliert und möglichst vorgezogen, wo es nötig ist unter Eröffnung des Conus peritonealis. Nach Kontrollierung der Rechtstellung des Uterus wird die Bauchhöhle geschlossen, die Faszie vernäht. Dann wird der Musculus obliquus internus auf die hintere Platte des Ligamentum Pouparti aufgenäht, dabei das Ligamentum rotundum mitgefaßt und fixiert, die Aponeurose vernäht und zum Schluß der Hautlappen aufgenäht und die Hautwunde geschlossen.

Derartig gemacht, bietet die Operation etwas Abgeschlossenes, Ganzes, man nutzt hier den Hautschnitt zu drei räumlich voneinander getrennten Eröffnungen aus. Der Vorwurf, der dem Verfahren gemacht wird, daß es ein kompliziertes und umständliches wäre, ist daher kaum berechtigt.

Von November 1908 bis zum 31. März 1912 ist an der Breslauer Universitäts-Frauenklinik in 28 Fällen der sogenannte Laparo-Alexander ausgeführt worden, und zwar handelt es sich hierbei 15 mal um eine Retroflexio uteri fixata, 5 mal um eine Rextroflexio fixata, kombiniert mit Adnexerkrankung, 6 mal um eine Retroflexio mobilis, kombiniert mit Adnexerkrankung, 1 mal um eine Retroflexio mobilis, kombiniert mit Nabelbruch und 1 mal um doppelseitige Adnexerkrankung.

Nicht alle Fälle sind nach derselben Methode, der Verbindung des Alexander-Adams mit dem Küstnerschen suprasymphysären Kreuzschnitt operiert worden, sondern, durch die Besonderheit des Falles geboten, ist auch der Längsschnitt zur Eröffnung der Bauchhöhle angewandt worden, so in dem Falle, wo er gleichzeitig zur Verschließung der Bruchpforte dienen mußte, ferner war er in 2 Fällen wegen der Größe des Zystoms nötig.

In den übrigen Fällen, den weitaus meisten, ist zur Eröffnung der Bauchhöhle der Küstnersche suprasymphysäre Kreuzschnitt gewählt worden.

Zur Rechtstellung des Uterus wurde in allen Fällen die Alexander-Adamssche Operation gewählt. Die Lösung der Adhäsionen geschah nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Laparotomieschnitt. In den meisten Fällen war auch gleichzeitig eine Adnexkorrektur erforderlich.

Bisweilen war die Lösung der Adhäsionen recht schwierig, was mitunter eine nicht unbedeutende Verlängerung der Operation bedeutete. Hierbei zeigte sich besonders klar, wie vorteilhaft doch die Lösung der Adhäsionen unter Kontrolle des Auges ist, denn nur so konnte die Trennung der Verwachsungen vollständig erfolgen und deren Wiedereintritt am wirksamsten entgegengearbeitet werden.

Auch die Blutstillung machte mitunter trotz des verhältnismäßig freien Operationsfeldes nicht geringe Mühe. Sie gelang aber immer vollständig, weil man sie gut kontrollieren konnte, was nicht gut möglich ist bei Lösungsverfahren von der Kolpotomiewunde oder vom Leistenkanal aus.

Zur einfachen Lösung von Verwachsungen genügte gewöhnlich ein Einschnitt von einigen Zentimetern, wobei sich auch die Entfernung von Adnexen, wenn sie nicht gar zu umfangreich waren, gut ausführen ließ.

Bei der Entfernung der Adnexe macht Küstner auf folgenden Punkt besonders aufmerksam: „Will man nämlich nach Absetzung der Adnexe einer oder beider Seiten die Alexander-Adamssche Operation anschließen, so darf man nicht Massenligaturen anwenden, die das Ligamentum latum zusammenfassen. Es zeigt sich nämlich dann, wenn man Alexander-Adams anschließt, daß es nicht gelingt, das Uterushorn bis an den inneren Leistenring heranzuziehen. Die Ligamenta rotunda würden sich wohl so weit hervorziehen lassen, das Ligamentum latum hat aber durch die Massenabbindung nicht die genügende Dehnungsfähigkeit; die hinteren Partien desselben resp. des Ligamentum spermaticum spannen sich so an, daß man seinen Zweck, eine genügende Vorwärtsstellung des Uterus, nicht erreichen kann. Man muß also in solchen Fällen immer darauf achten, daß man das Ligamentum latum nicht durch Massenligaturen zu sehr verkürzt, sondern man unterbindet die Gefäße desselben einzeln und legt dann über die ganze Wunde eine fortlaufende Naht und peritonealisiert dieselbe so. Dann wird man auch nach Adnexkorrekturen stets die Alexander-Adamssche Operation machen und eine genügende Rechtstellung des Uterus erreichen können. Wenn man auch vielleicht das eine oder andere Mal nicht eine Maximalvorziehung des Ligamentum rotundum wird bewirken können, so wird dieselbe immer doch soweit möglich sein, daß man die Stellung des Uterus als genügend gesichert betrachten kann."

Bei der Ausführung des Alexander-Adams wurde meist nach dem Vorgange von Edebohls und Goldspohn verfahren, nämlich Eröffnung des Diverticulum Nuckii, wodurch eine noch viel ausgiebigere Verkürzung und eine Fixierung gerade des stärksten Teiles des Ligamentum rotundum möglich wird.

Gerade bei der Kombination des Alexander-Adams mit Laparotomie zeigt sich der große Vorteil dieser Modifikation. Die Wirkung der Verkürzung der Ligamenta rotunda zeigt sich hier außerordentlich deutlich, kann man doch unter Augenschein beobachten, wie nach Eröffnung des Conus peritonealis eine bessere Stellung des Uterus herbeigeführt wird.

Dem Bedenken, daß nach Eröffnung des Conus peritonealis leicht Hernien zustande kommen könnten, steht die Tatsache gegenüber, daß derartige Fälle äußerst selten beobachtet werden. So fanden bei der Nachuntersuchung der an der Breslauer Klinik nach Alexander-Adams operierten Frauen:

Hirth unter 47 Untersuchten 0 Hernien;
Cohn unter 39 Untersuchten 0 Hernien;
(1893—1898)
Pretschker unter 71 Untersuchten 1 Hernie;
(1898—1906)
Hoensch unter 81 Untersuchten 0 Hernien.
(1906—1911).

Also nur in einem einzigen von 238 nachuntersuchten Fällen ist eine Hernie beobachtet worden, und zwar handelte es sich hierbei um einen besonderen Fall, da der operierende Assistent ein großes Gefäß verletzt hatte und der Verschluß der Wunde jedenfalls dann nicht mit der genügenden Sorgfalt und Aufmerksamkeit erfolgt ist. Man kann im Gegenteil gerade annehmen, daß die Verwachsung nach der Eröffnung des Conus peritonealis eine festere wird, als wenn die Peritonealfalten nebeneinander liegen bleiben.

Die Zeitdauer der Operation betrug, wie aus den Operationsprotokollen hervorgeht, zwischen 40 Minuten und

1½ Stunden. Letztere Zeit ist auch nur in besonderen Fällen nötig gewesen, wenn besonders schwierige Verwachsungen zu lösen, Blutungen zu stillen und Adnexe abzusetzen waren.

Die Patientinnen konnten durchschnittlich nach 16 bis 23 Tagen entlassen werden, mit Ausnahme der wenigen Fälle, wo die Heilung nicht ganz per primam erfolgte.

Der Entlassungsbefund ergab in allen Fällen eine gute Lage des Uterus, gutes Verhalten der Narbe und Beschwerdefreiheit der Patientinnen.

Der Wert des Operationsverfahrens wird jedoch am besten durch die Dauererfolge bestimmt.

Es wurden daher zur Feststellung der Dauerresultate die Operierten, soweit ihre Adresse in Erfahrung gebracht werden konnte, zu einer Nachuntersuchung bestellt. Auf das Erscheinen aller konnte von vornherein nicht gerechnet werden, da allein 5 Patientinnen im Auslande (Rußland) sich aufhalten und andere in beträchtlicher Entfernung von Breslau wohnen.

Von den 28 Operierten sind 16 zur Nachuntersuchung erschienen, die ich unter Aufsicht des Herrn Privatdozenten Dr. Heimann in den Monaten Dezember 1912 und Januar 1913 untersuchen konnte.

Die Beobachtungszeit zwischen Operation und Nachuntersuchung schwankt zwischen $3^1/_4$ und $^3/_4$ Jahren und zwar wurden von den Nachuntersuchten operiert:

im Jahre	1908	3 Frauen,
„ „	1909	5 „ ,
„ „	1910	3 „ ,
„ „	1911	4 „ ,
„ „	1912	1 Frau.

Bevor ich nun näher auf das Ergebnis der Nachuntersuchung eingehe, will ich kurz die Krankengeschichten mit dem Nachuntersuchungsbefund der 16 Frauen anführen.

1. Fall. Journal-Nr. 552, Jahrg. 1908/09.

Frau A. Z., 33 Jahre alt, aufg. 10. XI. 08, entl. 28. XI. 08.

Anamnese: Seit 5 Jahren verheiratet, 4 Spontangeburten und 1 fieberloser Abort. Kinder alle gestorben. 1. Regel mit 16 Jahren, regelmäßig 3—4 Tage mit Schmerzen im Kreuz und Leib. Seit dem Abort geringe Blutung bis jetzt. Seit ca. 1 Woche starke Schmerzen im Rücken und seitdem tritt auch die Blutung stärker auf. Die Schmerzen strahlen vom Kreuz aus bis hinauf zu den Schulterblättern. Geringe Schmerzen im Leibe.

Befund: Uterus mäßig vergrößert, retroflektiert-vertiert, mobil. Links neben dem Uterus ein reichlich hühnereigroßer, teigig-weicher, mobiler Befund. Rechte Adnexe o. B.

Diagnose: Retroflexio mobilis. Corpusluteumcyste links.

Therapie: 12. XI. 08. Längsschnitt, klein. Blaue, etwa apfelgroße Cyste des linken Ovariums. Abdomen frei von Blut. Uterus wie vorher getastet retroflektiert. Nachdem die linken Adnexe abgesetzt sind, nach doppelseitiger Abbindung typischer Alexander beiderseits (links mit Zurückschiebung, rechts mit Aufschneidung des Conus peritonealis). Links sowohl wie rechts wird der Uterus bis an die Bauchwand herangezogen. Der mechanische Einfluß wird durch Zug an den Ligamenten erzielt und ist bedeutend, ungemein wirkungsvoll. Operationsdauer 1 Stunde.

Heilungsverlauf: Absolut glatt.

25. XI. Fäden gezogen.

27. XI. Patientin außer Bett.

Entlassungsbefund: 28. XI. 08. Keine Beschwerden. Uterus anteflektiert, mäßig mobil. Adnexe nicht intumesziert. Inzisionsnarbe in der Linea alba ca. 8 cm lang und beiderseits je 4 cm lange Alexandernarben per primam vereinigt, strichförmig, reaktionslos.

Nachuntersuchung: 9. XII. 12. Periode regelmäßig, ohne Schmerzen. 1 Normalgeburt vor 2 Jahren. Uterus etwas groß, anteflektiert, vollkommen beweglich.

2. Fall. Journal-Nr. 586, Jahrg. 1908/09.

Frau E. K., 33 Jahre alt, aufg. 14. XI. 08, entl. 13. XII. 08.

Anamnese: Seit 1½ Jahren verheiratet, keine Geburten und Aborte. 1. Regel mit 16 Jahren, alle 4 Wochen regelmäßig, mit Schmerzen im Kreuz und Unterleib, 6 bis 7 Tage dauernd. Seit ca. 3 Wochen brennende Schmerzen in der rechten Unterleibsseite. Ausfluß mäßig, Wasserlassen: Zeitweise treten danach brennende Schmerzen auf. Coitus schmerzhaft.

Befund: Uterus kaum vergrößert, sinistroponiert, linke Adnexe o. B. Rechts neben dem Uterus, nur den Douglas ausfüllend, ein nahezu faustgroßer, cystisch sich anfühlender Befund. Mäßige Blutung.

Diagnose: Pyovarium, Pyosalpinx dextra, Salpingo-oophoritis sinistra.

Therapie: 19. XI. 08. Narkose: Rechts hühnereigroßer Adnextumor, vieleicht Extrauteringravidität. Suprasymphysärer Kreuzschnitt, kein Blut im Abdomen. Entzündete Adnexe rechts hinten. Rechte Tube auch wesentlich dilatiert, aber starrwandig, linke Tube ebenso, aber weniger. Auch das linke Ovarium etwas adhärent, nicht vergrößert. Trennung des rechten Adnextumors; es birst eine kleine Stelle und entleert dünnflüssigen Eiter. Exstirpation der Adnexe in üblicher Weise nach mehrfacher Partienunterbindung. Der Eiter war im Ovarium. Eröffnung des rechten Tubenendes mit dem Paquelin. Darauf Alexander-Adams beiderseits. Auf beiden Seiten Conus nicht eröffnet, sondern zurückgeschoben, wegen Eiters im Abdomen. Links läßt sich der Uterus sehr leicht bis an den inneren Leistenring ziehen; hier wird der Alexander zuerst gemacht, rechts dagegen spannt sich das Ligamentum latum resp. spermaticum sehr stark, ehe das Uterushorn am inneren Leistenring ist. Deshalb gelingt hier die Maximalheranziehung des Bandes nicht. Links Faszie ein wenig gespalten, rechts nicht. Schluß in üblicher Form. Operationsdauer 75 Minuten.

Heilungsverlauf: Glatt, Patientin ist dauernd fieberfrei. 2. XII. Fäden gezogen, 8. XII. außer Bett.

Entlassungsbefund: 12. XII. 08. In der rechten Seite geringe Beschwerden, zeitweise etwas Ziehen in der

Tiefe. Uterus liegt antevertiert, etwas eleviert, mobil. Narbe nach oben konkav über der Symphyse, reaktionslos und absolut unempfindlich, auch der Hautlappen darüber o. B.

Nachuntersuchung: 10. XII. 12. Menses seit Operation nicht gewesen. Seit der Operation leichte Schmerzen in der rechten Seite. Vor 2 Jahren Blinddarmoperation, die Schmerzen blieben. Uterus anteflektiert, etwas klein, beweglich.. Links Adnexstumpf zu fühlen.

3. Fall. Journal-Nr. 642, Jahrg. 1908/09.

Frau A. G., 34 Jahre alt, aufg. 16. XI. 08, entl. 16. I. 09.

Anamnese: Seit 8 Jahren verheiratet, keine Partus, 1. Regel mit 15 Jahren, stets unregelmäßig in Abständen von 3—4 Wochen, früher mit Schmerzen, 2—3 Tage dauernd. Klagt seit Jahren über milchigen Ausfluß, besonders kurz vor Eintritt der Periode. Vor 8 Wochen traten außerdem Schmerzen in der linken Unterleibsseite auf.

Wasserlassen: Jetzt o. B., früher, d. h. vor ca. 8 Wochen, mit brennenden Schmerzen in der Harnröhre. Coitus schmerzhaft.

Befund: Uterus retroflektiert-vertiert, zurzeit nicht aufrichtbar, jedoch anscheinend nicht adhärent. Portio virginell im vorderen Beckenhalbring. Adnexe o. B. Mäßiger Fluor. Gc. negativ.

Therapie: 19. XI. 08. Narkose: Uterus gering vergrößert, retrovertiert-flektiert, immobil, Adnexe o. B.

Es gelingt nach gewaltsamer Durchtrennung von Adhäsionen den Uteruskörper nach vorn zu bringen. Doch straffen sich derbe Stränge im Douglas, deren Durchtrennung nicht gelingt, an. Es gelingt nicht, den Uterus durch ein Pessar vorn zu erhalten, er fällt sofort wieder um.

Suprasymphysärer Kreuzschnitt. Umfängliche Adhäsionen des Uterus und der Adnexe. Linkes Fimbrienende verschlossen, rechts offen. Uterus ist mit der Douglasquerfalte adhärent. Da der Schnitt nicht groß ist, ist die Lösung der Adhäsionen nicht leicht und nimmt Zeit und Mühe in Anspruch, gelingt schließlich aber vollkommen und im hohen Maße befriedigend. Eröffnung des linken Fimbrienendes mit

Paquelin, darauf Alexander-Adams beiderseits. Operationsdauer 85 Minuten.

Diagnose: Retroflexio fixata.

Heilungsverlauf: Zunächst normal, am 30. XI. zeigt sich nach Abnahme des Verbandes der Hautlappen direkt abgehoben. Eiterung einige Zeitlang. Die Hautwunde heilt durch Granulaton und besteht am 9. I. 09 nur noch aus einem ½ cm breiten Streifen in etwa $^2/_3$ der Länge des ursprünglichen Schnittes.

Entlassungsbefund: 16. I. 09. Keine Beschwerden, Uterus anteflektiert, etwas mobil, leicht dextrovertiert. Von Adnexen nichts zu tasten. Es besteht noch etwa im Bereiche der mittleren $^2/_3$ des ursprünglichen Querschnittes ein ca. ¼—½ cm breiter Streifen, der noch nicht epithelialisiert ist.

Nachuntersuchung: 23. I. 13. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen, 3—4 Tage lang, ohne Beschwerden. Anfang Februar 1911 Spontangeburt, Juni 1912 Abort im 3. Monat. Hat keine Beschwerden. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Anexe normal, Narbe fest, gut, wenn auch nicht strichförmig.

4. Fall. Journal-Nr. 747, Jahrg. 1908/09.

Frau K. G., 44 Jahre alt, aufg. 3. II. 09, entl. 24. II. 09.

Anamnese: Seit 13 Jahren verheiratet, 6 Spontangeburten, alle Kinder leben. Wochenbetten o. B. 1. Regel mit 18 Jahren, regelmäßig. Seit dem letzten Partus 1907 bemerkt Patientin das Entstehen eines Nabelbruchs, der ihr bei der Arbeit Schmerzen bereitet, sonst keine Beschwerden.

Befund: Kleinapfelgroße Nabelhernie, Bruchpforte gerade für 1 Finger durchgängig. Im Bruchsack Netz, anscheinend nicht adhärent, Uterus retroflektiert-vertiert, anscheinend nicht mobil, Adnexe o. B.

Diagnose: Hernia umbilicalis. Retroflexio uteri mobilis.

Therapie: 6. II. 09. Schnitt 2 Querfinger oberhalb des Nabels beginnend, beiderseits den Nabel umkreisend bis 2 Querfinger unterhalb des Nabels. Es wird zunächst rings-

um bis auf die Faszie geschnitten und dieselbe ringsum freipräpariert, darauf wird der Bruchsack mitsamt der Oberhaut in seinen sämtlichen Schichten auf einmal exzidiert. Die Öffnung ist groß genug, um 4 Finger einführen zu können. Man fühlt den Uterus in Anteflexion, keinerlei Adhäsionen. Adnexe o. B. Schluß in üblicher Weise in 3 Schichten. Darauf beiderseits Alexander-Adams in typischer Weise, ziemlich starke Ligamente. Faszienspaltung und Eröffnung des Peritonealkegels. Operationsdauer 50 Minuten.

Heilungsverlauf: Glatt, keine Temperatur.

Entlassungsbefund: Keinerlei Beschwerden. In Nabelhöhe in Mittellinie eine ca. 10 cm lange, strichförmige, feste Narbe. Beiderseits in der Inguinalbeuge je 4 cm lange, reaktionslose Alexandernarben. Uterus scharf antevertiert-flektiert.

Nachuntersuchung: 25. I. 13. Befindet sich im Klimakterium, Menses sehr unregelmäßig, sonst ohne Beschwerden. Uterus anteflektiert, gut mobil, Adnexe o. B.

5. Fall. Journal-Nr. 745, Jahrg. 1908/09.

Frau M. F., 30 Jahre alt, aufg. 6. II. 09, entl. 25. II. 09.

Anamnese: Seit 6 Jahren verheiratet, zwei Spontanpartus, Kinder leben, 1. Regel mit 17 Jahren, stets unregelmäßig, starke Schmerzen. Seit dem 20. I. leidet Patientin an Unterleibsschmerzen, die sich allmählich, nicht plötzlich, eingefunden haben, zunächst links, jetzt rechts. Am 27. I. stellten sich Blutungen ein, die die ersten 2 Tage stark waren, allmählich immer schwächer wurden. Zurzeit noch etwas Blutung, Ausfluß weißlich.

Befund: Uterus dextroponiert, retrovertiert, anscheinend fixiert. Links und oben vom Uterus eine etwa hühnereigroße, teigige, nicht schmerzhafte, wenig mobile Resistenz. Rechte Adnexe anscheinend o. B.

Diagnose: Pyosalpinx duplex, Pyovarium sinistrum. Retroflexio fixata.

Therapie: 9. II. 09. Wegen des retrovertierten-flektierten Uterus suprasymphysärer Faszienquerschnitt. Links, sowie rechts geschwollene Tuben, wie Pyosalpingen aus-

sehend; links größeres intumesziertes Ovarium im Becken an der hinteren Ligamentplatte adhärent. Lösung der Adhäsionen, besonders der an dem Fimbrienende vom Coecum und der Appendix. Letztere zart, scheint nicht primär erkrankt zu sein. Dagegen spricht auch die Doppelseitigkeit des Tubenabszesses. Während der Trennung der Adhäsionen werden links wie rechts die Pyosalpingen geöffnet, wobei grünlich-gelber Eiter fließt. Amputation der rechten Tube mit Ausnahme des gut aussehenden Ovariums und der linken Adnexe. Einzelunterbindung, Versteckung der Stümpfe. Uterus hinten ein wenig adhärent. Darauf Alexander-Adams beiderseits. Operationsdauer 75 Minuten.

Heilungsverlauf: Glatt, Heilung per primam.

Entlassungsbefund: Strichförmige, quere Narbe, 8 cm lang, reaktionslos. Uterus anteflektiert, etwas mobil. Keinerlei Resistenz, keinerlei Beschwerden.

Nachuntersuchung: 25. I. 13. Menses alle vier Wochen, 4—5 Tage lang, regelmäßig, ohne Beschwerden. Keine Partus seit der Operation. Fühlt sich ganz beschwerdefrei. Narbe strichförmig, kaum zu sehen. Uterus anteflektiert, sehr gut beweglich.

6. Fall. Journal-Nr. 87, Jahrg. 1909/10.

Frau E. G., 23 Jahre alt, aufg. 27. IV. 09, entl. 20. V. 09.

Anamnese: Verheiratet seit einem Jahre, 1 Spontanpartus, Kind lebt. 1. Regel mit 13 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen. Seit ca. 8 Wochen Beschwerden im Unterleib, Druckgefühl und Kreuzschmerzen.

Befund: Kleiner Dammspalt, Uterus steil retroflektiert, anscheinend fixiert. Rechts neben ihm ein kleiner cystischer Befund. Linke Adnexe o. B.

Diagnose: Retroflexio fixata.

Therapie: Suprasymphysärer Kreuzschnitt. Rechts kleinhühnereigroßes cystisches Ovarium. Links Adnexe in massenhaften Adhäsionen eingebettet, Uterus ebenfalls fixiert. Entfernung des rechten Ovariums, Lösung der linken Adnexe, was schwierig ist. Auch das linke Ovarium ist nicht mehr gesund, entzündlich cystisch verändert, wird nach kom-

plizierter Blutstillung doch noch zurückgelassen. — Laparo-Alexander. — Ligamente dünn, doch gut vorziehbar, beiderseits etwas Faszie gespalten, gutes Resultat. Absolute Blutsicherheit. Operationsdauer 1 Stunde.

Heilung: Glatt, per primam.

Nachuntersuchung: 16. XII. 13. Anamnestisch nichts zu erfahren, da Patientin wegen einer Psychose in der Irrenklinik sich befindet und die Antwort verweigert. Die Untersuchung ergibt: Uterus anteflektiert, normale Größe, gut beweglich. Adnexe o. B.

7. Fall. Journal-Nr. 424, Jahrg. 1909/10.

Frau M. M., 34 Jahre alt, aufg. 13. IX. 09, entl. 5. X. 09.

Anamnese: Vor 4 Jahren 1 Spontanpartus, Kind lebt, vor 2 Jahren 1 Abort ohne Fieber. Erste Regel mit 12 Jahren, alle 4 Wochen regelmäßig, häufig mit Schmerzen. Seit der Entbindung klagt Patientin über Kreuzschmerzen. Seit 8 Tagen sind nun heftige, ziehende Schmerzen im Unterleib dazugekommen, die auf der rechten Seite stärker als links sind. Blutungen nicht vorhanden. Die Schmerzen treten jetzt zeitweise auf und werden von der Patientin als „Krampf" geschildert. Stuhlgang meist verstopft, wenig Ausfluß.

Befund: Uterus in Retroversions-Flexionsstellung, normal groß. Vor ihm, rechts bis zum Mac Burneyschen Punkt heraufreichend, links bis wenig über die Mittellinie ein teigig sich anfühlender, ca. 5—6 cm breiter, mehr knolliger Tumor, der gut beweglich ist und vielleicht von den rechten Adnexen ausgeht. Linke Adnexe o. B.

Diagnose: Retroflexio mobilis, geringe Adnexadhäsion.

Narkosenbefund: 18. IX. 1909. Uterus retroflektiert, mobil, von dem Tumor nichts mehr zu tasten. Adnexe o. B. Mit Rücksicht auf den vor einigen Tagen konstatierten Tumor wird beschlossen, Laparotomie auszuführen, um sich durch Augenschein von den vorliegenden Verhältnissen zu überzeugen.

Therapie: Suprasymphysärer Querschnitt (alte Methode). Bei Eröffnung des Abdomens zeigen sich fast völlig normale Verhältnisse, nur ganz geringe leichte Adhäsionen zwischen den rechten Adnexen und den Dünndarmschlingen. Lösung derselben. Uterus völlig mobil. Beiderseits Alexander-Adams. Uterus liegt gut, Schluß. Operationsdauer 45 Minuten.

Heilung: Glatt, fieberfrei.

Entlassungsbefund: 5. X. 09. Uterus anteflektiert, Adnexe o. B. Narbe linear verheilt, keine Klagen.

Nachuntersuchung: 21. I. 13. Menses alle 4 Wochen regelmäßig, Uterus anteflektiert, normale Größe, gut beweglich, Adnexe o. B.

8. Fall. Journal-Nr. 612, Jahrg. 1909/10.

Frau S. U., 33 Jahre, aufg. 24. XI. 09, entl. 30. XII. 09.

Anamnese: 6 Jahre verheiratet, vor 5 Jahren eine Frühgeburt im 7. Monat, Kind lebte nur 2 Stunden, Wochenbett fieberfrei. Erste Regel mit 15 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, bis 8 Tage dauernd, schwach. Seit einigen Jahren Kreuzschmerzen, die seit 2 Jahren an Heftigkeit zunehmen. Wegen dieser Schmerzen sucht Patientin die Klinik auf.

Befund: Uterus retroflektiert, anscheinend fixiert. Anexgegenden stark druckempfindlich.

Untersuchung in Narkose. Uterus steil retroflektiert und fixiert. Beide Adnexe angeschwollen, rechts mehr als links. Rechte Adnexe mit dem Uterus verbacken.

Therapie: 4. XII. 09. Suprasymphysärer Kreuzschnitt. Es erweist sich der Uterus retroflektiert, nach links verlagert, ist aber völlig mobil. Er wird aufgerichtet. An seiner hinteren Seite rechts eine größere Narbe, links ein querverlaufender Riß, anscheinend von den Aufrichtungsversuchen in der Narkose herrührend. Beiderseits vom Kreuzschnitt aus Alexander-Adams. Gutes Resultat. Schluß in üblicher Weise. Operationsdauer 45 Minuten.

Heilungsverlauf: Im linken Wundwinkel eine kleine Eiterung, sonst glatt. Wohlbefinden.

Entlassungsbefund: 30. XII. 09. Uterus gut anteflektiert, keine Empfindlichkeit, Adnexe o. B. Wunde bis auf eine etwa 1 cm kleine oberflächliche offene Stelle, die noch sezerniert, gut geheilt.

Nachuntersuchung: 12. XII. 12. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen 5 Tage lang. Keine Partus. Klagt bisweilen über Schmerzen in der Narbe bei längerem Sitzen. Uterus anteflektiert, gut mobil. Adnexe o. B. Narbe fest, fast linear.

9. Fall. Journal-Nr. 275, Jahrg. 1910/11.

Frau A. L., 27 Jahre, aufg. 25. V. 10, entl. 22. VII. 10.

Anamnese: 7 Jahre verheiratet, 3 Partus spontan, 1 Kind lebt, Wochenbette fieberfrei. Während der Regel Schmerzen in Leib und Kreuz, seit der letzten Entbindung vor 2 Jahren. Geringer Ausfluß. Stuhl angehalten, häufiger Urindrang.

Befund: Uterus retroflektiert, mobil. Links neben dem Uterus ein kleiner weicher Befund.

Narkosenbefund: 6. VI. 10. Uterus retroflektiert, normal groß, sehr leicht aufzurichten. Adnexe o. B., links Adhäsionen?

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Therapie: 11. VI. 10. Querschnitt dicht über der Symphyse, Faszienlängsschnitt. Einige filamentöse Adhäsionen am Uterus hinten, ebenso am linken Ovarium, die mit dem Finger getrennt werden. Rechte Adnexe o. B. Alexander-Adams beiderseits ohne besondere Mühe. Eröffnung des Conus peritonealis. Uterus liegt recht gut, Blutsicherheit. Operationsdauer 45 Minuten.

Heilungsverlauf: In der Mitte Stichkanaleiterung, sonst normal.

Entlassungsbefund: 22. VII. 10. Querschnittsnarbe bis auf eine linsengroße, oberflächliche, granulierende Wunde geschlossen. Uterus anteflektiert, mobil, Adnexe o. B.

Nachuntersuchung: 10. XII. 12. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen, 5 Tage lang, ohne Beschwerden. Seit Operation 2 Spontanpartus. Beide Kinder leben. 1911 u. 1912. Uterus normal, anteflektiert, sehr gut beweglich. Adnexe o. B. Narbe kaum zu sehen, im Bereiche der Pubes.

10. Fall. Journal-Nr. 396. Jahrg. 1910/11.

Frau H. J., 30 Jahre, aufg. 5. IX. 10, entl. 25. IX. 10.

Anamnese: 6 Jahre verheiratet, 1 Spontanpartus 1905, Kind lebt, Wochenbett fieberfrei. 1. Regel mit 16 Jahren, regelmäßig. Kreuz- und Leibschmerzen, Kopfschmerzen. Trägt Ring seit 1908. Stuhlgang angehalten, Fluor gering.

Befund: Uterus retroflektiert, läßt sich nicht aufrichten. Corpus klein, lange Cervix, anscheinend an ihr Adhäsionen. Adnexe o. B.

Narkosenbefund: Uterus läßt sich aufrichten, fällt aber gleich wieder um.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Therapie: 8. IX. 10. Laparo-Alexander. Querschnitt. An der Cervix Adhäsionen, die sich stumpf mit dem Finger trennen lassen. Douglas sehr tief, sehr starke Ligamenta sacrouterina. Adnexe o. B. Alexander-Adams. Völlige Blutsicherheit. Uterus liegt tadellos. Schluß in der üblichen Weise. Operationsdauer 40 Minuten.

Heilung: per primam, fieberfrei.

Entlassungsbefund: 25. IX. 10. Narbe fest, strichförmig. Uterus gut anteflektiert, Adnexe o. B. Beschwerdefrei.

Nachuntersuchung: 22. XII. 12. Keine Beschwerden. Menses regelmäßig. Keine Partus seit Operation. Uterus anteflektiert, normale Größe, gut beweglich. Adnexe o. B.

11. Fall. Journal-Nr. 569, Jahrg. 1910/11.

Frl. B. H., 28 Jahre, aufg. 9. XI. 10, entl. 6. XII. X.

Anamnese: 1. Regel mit 17 Jahren, alle 4 Wochen, 3—4 Tage. Vor der Regel Schmerzen. Klagt über Schmerzen im Leibe.

Befund: Uterus klein, retroflektiert-vertiert, anscheinend mobil. Adnexe o. B.

Narkosenbefund: 14 XI. 10. Fixierte Retroflexion.

Diagnose: Retroversio-flexio fixata.

Therapie: 19. XI. 10. Suprasymphysärer Kreuzschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich, daß der Uterus durch Adhäsionen am Douglasperitoneum fixiert ist, und daß auch beide Ovarien breit mit der hinteren Ligamentplatte verklebt sind. Tuben offen. Lösung der Adhäsionen mit Finger, Schere und Paquelin. Darauf Alexander-Adams beiderseits und unter Eröffnung des Peritonealkegels. Nachher liegt Uterus in guter Anteversioflexio. Gute Bluttrockenheit. Operationsdauer 40 Minuten.

Heilung: Glatter, reaktionsloser Verlauf.

Entlassungsbefund: 6. XII. 10. Uterus liegt anteflektiert, groß, sehr druckempfindlich. Adnexe nicht getastet.

Nachuntersuchung: 23. I. 13. Normaler Befund, Uterus anteflektiert, beweglich. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen. Beschwerdefrei. Kein Partus.

12. Fall. Journal-Nr. 237, Jahrg. 1911/12.

Frau N. R., 29 Jahre, aufg. 12. VI. 11, entl. 2. VII. 11.

Anamnese: Seit 8 Jahren verheiratet, 2 Spontanpartus, fieberfreie Wochenbette. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen, 4—5 Tage lang, mittelstark. Seit der letzten Entbindung Kreuz- und Unterleibsschmerzen, namentlich auch während der Periode. Es besteht Ausfluß, besonders 8 Tage vor und 8 Tage nach der Periode. Stuhlgang unregelmäßig und öfters verhärtet.

Befund: Uterus retroflektiert, etwas vergrößert, fixiert. Adnexe links intumesziert und druckempfindlich.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Therapie: 16. VI. 11. Querschnitt nach Küstner. Uterus steil retroflektiert, an der rechten Seite einige Adhäsionen, die stumpf mit dem Finger gelöst werden. Temporäre Schließung der Bauchwunde. Alexander-Adams

beiderseits, Bänder dünn, bald gefunden, 3 Catgutnähte beiderseits. Darauf Kontrollieren der Lage. Uterus liegt gut. Schluß der Bauchhöhle. Operationsdauer 1 Stunde.

Heilungsverlauf: Anfangs leichte abendliche Temperatursteigerungen bis 37,6° C. Glatte Heilung.

Entlassungsbefund: 2. VII. 11. Narbe fast strichförmig bis auf eine ganz kleine sezernierende Stelle am rechten Narbenwinkel. Uterus gut anteflektiert. Adnexe o. B.

Nachuntersuchung: 19. XII. 12. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen, immer etwas schmerzhaft. Im Juni 1912 Abort im 3. Monat. Uterus anteflektiert, gut beweglich, von normaler Größe. Adnexe nicht intumesziert, Narbe sehr schön strichförmig.

13. Fall. Journal-Nr. 248, Jahrg. 1911/12.

Frau Th. Sch., 43 Jahre, aufg. 18. VI. 11, entl. 5. VII. 11.

Anamnese: 7 Spontangeburten und 3 Aborte. Alle 7 Kinder leben. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen. Klagt über Kreuz- und Rückenschmerzen, Schmerzen im Leib und schlechten Stuhl.

Befund: Descensus der vorderen und hinteren Scheidenwand, Uterus retroflektiert, fixiert.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

Therapie: 19. VI. 11. Nach unten konkaver Bogenschnitt, um Laparo-Alexander zu machen. Sehr breiter bequemer Raum. Im linken Tubenwinkel sitzt eine grünliche, walnußgroße Haematocele. Lösung des fixierten Uterus, welcher im wesentlichen mit den linken Adnexen fixiert ist. Danach scheint es tatsächlich, als ob es sich um eine extrauterine Gravidität handele in allerfrühester Zeit. Exstirpation der linken Adnexe. Alexander Adams links, rechts Verkürzen des Ligamentum rotundum nach Menge. 3 Ligaturen, Schluß. Operationsdauer 50 Minuten.

Heilungsverlauf: Anfänglich etwas Fieber, 37,6° C. Heilung per primam.

Entlassungsbefund: 5. VII. 11. Uterus anteflektiert, etwas nach links verlagert. Keine Beschwerden mehr.

Nachuntersuchung: 15. XII. 12. Menses unregelmäßig, alle 4—6 Wochen, seit der Operation stärker. In der linken Seite etwas Schmerzen. Narbe sehr schön linear. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Rechts Adnexe o. B., links ist der Adnexstumpf infiltriert und schmerzhaft.

14. Fall. Journal-Nr. 708, Jahrg. 1911/12.

Frau A. J., 31 Jahre, aufg. 28. X. 11, entl. 23. XII. 11.

Anamnese: 7 Jahre verheiratet, 1 Spontanpartus, Kind lebt. 1. Regel mit 15 Jahren, alle 3 Wochen 3 bis 4 Tage lang. Seit 5. September blutet sie täglich ununterbrochen, meist tropfenweise. Seit 3 Wochen kamen dazu Kreuz-, Rücken- und Leibschmerzen. Seit 8 Tagen Brennen beim Wasserlassen. Stuhl sehr angehalten, oft totes Gefühl in den Beinen und Schwindel.

Befund: Uterus mittelgroß, hart, retroflektiert. Linkes Ovarium in eine kleine pflaumengroße Cyste umgewandelt. Rechte Adnexe o. B.

Diagnose: Graviditas tubaria dextra. Retroflexio fixata.

Narkosenbefund: 11. XI. 11. Retroflektierter vergrößerter Uterus. Links neben ihm ein hühnereigroßer weicher, cystischer Befund. Rechts in der Gegend der Adnexe ein kleiner Befund.

Therapie: Da nach Beendigung der Bauchoperation die Ligamenta rotunda gekürzt werden sollen, wird der Schnitt nabelwärts konvex, symphysenwärts konkav angelegt. Nach der Eröffnung zeigt sich, daß ca. 2—3 Eßlöffel flüssigen Blutes älteren Datums darin sind. Der linksseitige Befund ist eine Corpusluteumcyste. Rechts besteht Tubengravidität. Die Tube ist fingerdick, im ampulären Teil mit dem noch offenen Fimbrienende auf die Beckenwand aufgeklebt. Beginnende Haematocele. Der Uterusfundus liegt retroflektiert, mit dichten breiten Adhäsionen an die hintere Cervixwand resp. das hintere

Scheidengewölbe fixiert. Die Adhäsionen werden gelöst, die Corpusluteumcyste nach Massenligatur abgetragen, und auch die schwangere rechte Tube nach Massenligatur unter Belassung des betreffenden Organs exstipiert. Es bleibt die linke Tube und das gesunde rechte Organ. Der rechte, nach der Revidierung mit Paquelin abgebrannte Tubenstumpf wird nicht peritonealisiert, nicht versenkt, sondern frei ins Peritoneum ragend zurückgelassen. — Typischer Alexander-Adams beiderseits. Blutsicherheit, Schluß. Operationsdauer 55 Minuten.

Heilungsverlauf: Glatt, Wohlbefinden.

Entlassungsbefund: 21. XII. 11. Querschnittnarbe etwas breit, in der Mitte eine noch 3 cm lange, 0,5 cm breite Granulationsfläche. Uterus klein, anteflektiert, mobil. Rechtes Ovarium etwas tiefstehend, unempfindlich, wenig beweglich.

Nachuntersuchung: 16. XII. 12. Menses alle 4 Wochen regelmäßig, schmerzlos. Bisweilen links in der Narbe etwas Schmerzen. Uterus anteflektiert, normal, gut beweglich. Links Adnexe etwas intumesziert.

15. Fall. Journal-Nr. 725, Jahrg. 1911/12.

Frau E. M., 31 Jahre, aufg. 4. XII. 11, entl. 26. XII. 11.

Anamnese: Seit 10 Jahren verheiratet, 3 Spontangeburten, 2 Kinder leben. 1. Regel mit 16 Jahren, zuerst unregelmäßig, später alle 4 Wochen, 4—5 Tage. Seit Januar bestehen krampfartige Schmerzen im Leib, die zeitweise recht lästig wurden. Es besteht etwas Ausfluß.

Befund: Uterus retroflektiert, mobil. Neben ihm links ein gänseeigroßer, cystischer Tumor, der ganz beweglich ist.

Diagnose: Tumor ovarii senistri, retroflexio mobilis.

Therapie: 9. XII. 11. Querschnitt nach Küstner. Der Uterus liegt retroflektiert, das linke Ovarium ist in eine hühnereigroße Cyste umgewandelt. Nach Quetschen des Stiels Ligatur mit Catgut nach 2 Seiten. Im rechten Ovarium ein frisches Corpus luteum, sonst unverändert.

Alexander - Adams beiderseits. Kontrolle der Uteruslage vom Bauche aus. Schluß. Operationsdauer 1 Stunde.

Heilungsverlauf: Glatt.

Entlassungsbefund: 26. XII. 11. Querschnittnarbe schmal und fest. Uterus anteflektiert, rechte Adnexe o. B. Links ist außer der Tube der Stumpf des abgetragenen Ovarialtumors in der Größe einer Haselnuß deutlich tastbar.

Nachuntersuchung: 18. XI. 12. Menses alle 3 Wochen, stark, schmerzlos, während sie vor der Operation sehr schmerzhaft waren. Uterus anteflektiert, normal, gut beweglich. Links Stumpf zu fühlen. Rechte Adnexe normal.

16. Fall. Journal-Nr. 847, Jahrg. 1911/12.

Frau E. G., 29 Jahre, aufg. 26. I. 12, entl. 15. II. 12.

Befund: Uterus retroflektiert, anscheinend fixiert. Adnexe intumesziert.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis, vergrößerte Adnexe.

Narkosenbefund: Beide Adnexe erscheinen verdickt. Uterus mobil, bequem aufrichtbar.

Operation: 29. I. 12. Suprasymphysärer Kreuzschnitt nach Küstner. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus mobil. Auf der Hinterfläche peritoneale Auflagerungen, jedoch keine Adhäsionen mit Ausnahme am linken Ovarium, welche bequem mit dem Finger zu lösen sind. Beide Ovarien sind auffällig groß und lang. Das linke Ovarium trägt ein Corpus luteum. Die Frau befindet sich ca. 6 Tage vor der Menstruation. Beiderseits Alexander-Adams. Schluß in üblicher Weise. Zum Schutze der Ligamente wird auf 4 Wochen ein Pessar in die Scheide eingelegt. Operationsdauer 70 Minuten.

Heilung: per primam, Wohlbefinden.

Entlassungsbefund: 15. II. 12. Ohne Beschwerden, Uterus gut anteflektiert, mobil.

Nachuntersuchung: 21. XII. 12. Menses regelmäßig, alle 4 Wochen, sehr stark, 8 Tage lang. Seit ungefähr 4 Wochen nach der Operation Schmerzen im Unter-

leib. Uterus anteflektiert, etwas deszendiert. Adnexe intumesziert, besonders links, schmerzhaft. Hintere Stränge zu fühlen.

Es wurde bei der Nachuntersuchung besonders Wert gelegt auf die Feststellung:

1. der Gebärmutterlage,
2. der Beweglichkeit des Uterus,
3. durchgemachter Schwangerschaften und Geburten,
4. der Beschaffenheit der Narben,
5. des subjektiven Befindens.

Die Nachuntersuchung ergab nun also, daß in sämtlichen 16 Fällen der Uterus sich in der normalen Lage befand. Auch in den Fällen, wo eine leichte Störung der Wundheilung eingetreten war, war der Dauererfolg nicht beeinflußt worden, es zeigte sich ein gutes anatomisches Resultat.

Was die Beweglichkeit des Uterus und seiner Adnexe anlangt, so zeigte sich, daß die Lösung der Adhäsionen, die mitunter recht schwierig war, doch recht gründlich und mit dem besten Erfolge erfolgt war. Uterus und Adnexe wurden in keinem Falle adhärent vorgefunden. Dieses gute Resultat hat man sicher nur der Methode zu verdanken, unter Kontrolle der Augen zu arbeiten, d. h. die Lösung der Adhäsionen nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Laparotomieschnitt vorzunehmen und nicht stumpf von der Kolpotomiewunde oder vom Leistenkanal aus.

Für die Leistungsfähigkeit der Operation sprechen am meisten die Fälle, bei denen nach der Operation Schwangerschaft und Geburt eintraten, und die nachträgliche Kontrolle wieder eine gute Lage des Organs ergab.

Auch über einige derartige Fälle kann hier berichtet werden. Es waren von den 16 Frauen, die sich nachuntersuchen ließen, bei der Kontrolle keine gravid, dagegen hatte eine Frau zweimal ein ausgetragenes Kind spontan geboren, eine andere zuerst eine normale Geburt durchgemacht, und dann im 3. Monat abortiert. Eine dritte Frau hatte einmal normal geboren und eine vierte hatte einen Abort im 3. Monat.

Eine Gravidität war also 6 mal eingetreten, was wohl dafür spricht, daß die Operation, besonders die Verkürzung der runden Mutterbänder, der Konzeption jedenfalls nicht ungünstig ist. Die Lage des Uterus war in allen diesen Fällen eine recht gute.

Von den 4 Frauen, die schwanger geworden waren, wurde die erste operiert wegen einer Retroflexio uteri fixata, die zweite aus demselben Grunde, doch wurde bei ihr gleichzeitig eine Adnexkorrektur vorgenommen, es wurde nämlich das linke Fimbrienende mit dem Paquelin eröffnet. Bei der dritten Frau, die einmal spontan geboren hatte, bestand eine Retroflexio uteri mobilis. Wegen einer linksseitigen, apfelgroßen Ovarialcyste wurden bei ihr die linken Adnexe entfernt. In dem vierten Falle handelte es sich um eine unkomplizierte Retroflexio fixata.

Abort ist in 2 Fällen aufgetreten, in dem einen Falle, nachdem schon nach der Operation ein ausgetragenes Kind spontan geboren worden war, mithin kann dieser Abort der Operation nicht zur Last gelegt werden. In dem zweiten Falle ließ sich eine Ursache für den Abort nicht ergründen. Man könnte sich verleitet fühlen, den Schluß zu ziehen, daß die Verkürzung der Ligamenta rotunda zu Fehlgeburten disponiere, indem man den Abort nach dieser Operation durch eine allzustarke Annäherung des Uterus an die Symphyse durch übertriebenes Verkürzen der Bänder sich erklärt. Doch dürfte diese Begründung keine stichhaltige sein, da doch die Ligamenta rotunda mit dem graviden Uterus wachsen und sich dehnen.

Es ergibt sich also, daß die Operation keinen schädigenden Einfluß auf den Eintritt von Schwangerschaft und Geburt ausgeübt hat, und daß umgekehrt Schwangerschaft und Geburt die Uteruslage nicht ungünstig beeinflußt haben. Diese Momente sind nicht zu gering einzuschätzen, da sie einen wesentlichen Vorteil vor anderen Antefixationsmethoden bieten.

Die Vorteile des suprasymphysären Kreuzschnittes, nämlich die sichere Vermeidung von Bauchbrüchen und die

Verdeckung der Operationsnarbe durch Überwachsen der Schamhaare, traten überall deutlich hervor. Es waren meist nur die seitlichen Teile der Narbe, die der Alexander-Adamsschen Operation angehören, sichtbar. Die Narbe selbst war überall schmal, meist linear und völlig fest.

Brüche sind in keinem Falle vorgefunden worden, obwohl gerade der Alexander-Adamsschen Operation der Vorwurf gemacht worden ist, daß nach ihr leicht Brüche entstehen können. Wie dagegen Rumpf und Palm hervorheben, wird gerade diese an sich zur Bruchentwicklung disponierte Gegend nach exakter Ausführung der Alexander-Adamsschen Operation entschieden bruchsicherer.

Die Beschwerden der Frauen, die vor der Operation meist bedeutend waren, und sich häufig wiederholten, wie Rücken- und Kreuzschmerzen, Schmerzen zu beiden Seiten des Unterleibes, Menorrhagien und starke Sekretion, Stuhlbeschwerden, Harndrang usw., waren nach der Operation ganz geschwunden. Zwei Patientinnen gaben nur an, daß sie in der Leistengegend in der Operationsnarbe bei längerem Sitzen Schmerzen verspürten. Bei einer dritten Frau wurden intumeszierte, schmerzhafte Adnexe vorgefunden. Dieser Befund war jedoch bei der Entlassung der Frau nicht vorhanden, auch sollen die Schmerzen nach ihrer Aussage erst etwa 4—5 Wochen nach der Operation begonnen haben.

Die Dauererfolge des Laporo-Alexanders, d. h. der Kombination der Laparotomie mit der Alexander-Adamsschen Operation, sind also, wie die Nachuntersuchung ergibt, als recht zufriedenstellende zu bezeichnen, und die Methode ist daher zur Lagekorrektur des fixierten retroflektierten Uterus, wenn man noch mit späterer Schwangerschaft zu rechnen hat, sicherlich eine der besten. Ihre Vorteile sind vor allem gute Lage des Uterus nach der Operation, übersichtliches Arbeiten und die mangelnden Störungen bei späteren Geburten, Vorteile, die die nachgesagten Nachteile, wie Verlängerung der Operationsdauer und die Länge der Schnittwunde, völlig aufwiegen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Küstner für die Überlassung des Materials und die Anregung, Herrn Oberarzt Professor Dr. Hannes für die Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Heimann für die Hilfe bei der Nachuntersuchung der Patientinnen meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Hannes, Dauererfolge der Alexander-Adamsschen Operation. Zentralbl. f. Gyn. 1908.

Hirth, Ein Beitrag zur Beurteilung der Alexanderschen Operation aus der Breslauer Frauenklinik. Inaug.-Dissert. Breslau 1895.

Hoensch, Zur Alexander-Adamsschen Operation nach der Modifikation von Edebohls und Goldspohn. Inaug.-Dissert. Breslau 1912.

Küstner, Lehrbuch der Gynäkologie. 3. Aufl. 1908.

— Welche Profixurmethode ist bei fixierter Retroversio flexio am zweckmäßigsten? Zentralbl. f. Gyn. 1909.

Palm, Zur operativen Behandlung der komplizierten Retroflexio uteri fixata. Monatsschr. f. Gebh. und Gyn., Bd. 29.

Pretschker, Die Dauerresultate der Alexander-Adamsschen Operation. Inaug.-Dissert. Breslau 1908.

Rumpf, Beiträge zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri, mit besonderer Berücksichtigung der Alexander-Adamsschen Operation. Arch. f. Gyn., Bd. 57.

Schlemminger, Die Kombination der Laparotomie mit dem Alexander-Adams, ein Verfahren bei fixierter Retroversio flexio. Inaug.-Dissert. Breslau 1909.

Lebenslauf.

Am 20. Mai 1884 wurde ich, Max Kruszynski, zu Goral, Kr. Strasburg (Westpr.), geboren. Ich bin katholischer Konfession und preußischer Staatsangehöriger. Ostern 1906 erhielt ich nach 9 jährigem Besuche des St. Matthias-Gymnasiums zu Breslau das Zeugnis der Reife und widmete mich dann 10 Semester dem Studium der Medizin an der Universität Breslau.

Meiner Militärpflicht genügte ich vom 1. April bis zum 1. Oktober 1908 bei dem 51. Infanterie-Regiment zu Breslau. Die medizinische Vorprüfung bestand ich am 20. Juli 1909 in Breslau und beendete ebenda das Staatsexamen am 13. Mai 1912. Im Monat Juni 1912 war ich als Medizinalpraktikant in der Kgl. Universitäts-Hautklinik zu Breslau und vom 1. Juli 1912 ab bis jetzt im St. Georgs-Krankenhause zu Breslau.

Allen meinen Lehrern, deren Vorlesungen ich während meiner Studienzeit hörte, spreche ich meinen tiefsten Dank aus.